

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ ІЗ ФТИЗИАТРІЇ

Ярешко А.Г.<sup>1</sup>, Куліш М.В.<sup>1</sup>, Воробушкіна А.К.<sup>1</sup>, Костріков А.В.<sup>1</sup>, Коломієць В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

<sup>2</sup>Курський державний медичний університет

*Розглянуто умови якісної підготовки студентів медичних ВНЗ із фтизіатрії: доцільно вибудоване програмне забезпечення навчального процесу, наявність висококваліфікованих науково-педагогічних працівників, забезпечення об'єктивного оцінювання якості знань студента на завершальному етапі навчання.*

*Qualitative students' training on phthisiology is possible only if the software of the educational process is correctly built. The availability of highly qualified scientific and pedagogical workers and the provision of an objective assessment of the student's knowledge at the final stage have been analyzed.*

**Ключові слова:** туберкульоз, якість підготовки студентів, опорний пункт.

Туберкульоз – одна з небагатьох хвороб, для якої властива специфічна й одночасно параспецифічна (імунно-алергічна) поліорганність ураження, що зумовлює широкий клінічний поліморфізм проявів хвороби і часто стає складною діагностичною проблемою для лікарів практично всіх спеціальностей. Це означає, що якісна підготовка студентів із фтизіатрії можлива за умов правильно вибудованого програмного забезпечення навчального процесу, наявності висококваліфікованих науково-педагогічних працівників і забезпечення об'єктивного, незалежного від викладача, оцінювання якості знань студента на завершальному етапі навчання.

Якісне викладання тієї чи іншої дисципліни у ВНЗ визначається програмою, яка передбачає її тематичне забезпечення і певний обсяг практичних навичок, опанування яких має забезпечити майбутнього лікаря здатністю самостійно розв'язувати проблеми діагностики і надавати медичну допомогу пацієнтам. У нашій країні укладання навчальних програм визначає керівний орган у галузі охорони здоров'я – МОЗ України.

Нині, коли не тільки в Україні, а й багатьох країнах світу захворюваність на туберкульоз має епідемічний характер [3], МОЗ України проводить реформування служби [2] шляхом не тільки скорочення стаціонарного ресурсу, а й руйнування моніторингу інфікованості серед дитячого населення країни, що погіршує контроль захворюваності серед дітей і підлітків та впливає на програму, тематичне і методичне забезпечення навчального процесу з фтизіатрії. Навчальні програми з фтизіатрії раніше мали чітко структурований характер і передбачали пропедевтичний цикл на 4 курсі та диференційовано-діагностичний на 6 курсі медичного і педіатричного факультетів. На інших факультетах програми обмежувалися пропедевтичним циклом з акцентом на діагностиці туберкульозу, що забезпечувало можливість ранньої діагностики туберкульозу різними спеціалістами. Натепер програми підготовки студентів із фтизіатрії дещо деформовані, що не може не впливати на якість викладання. Так, кількість лекцій із фтизіатрії для студентів стоматологічного факультету становить 10 годин, тоді як для медичного і педіатричного – тільки 6 годин. На нашу думку, для студентів стоматологічного факультету достатньо було б надати інформацію щодо загальних понять про туберкульоз, його профілактику і туберкульоз стоматологічної локалізації та його діагностику.

Для 6 курсу медичного і педіатричного факультетів обмеження програми з фтизіатрії або її повна ліквідація, як це передбачено новим навчальним планом, спричинить повну необізнаність майбутніх фахівців із проблемами діагностики й раннього виявлення хворих на туберкульоз, а відтак рівень кваліфікації випускників не сприятиме якісній підготовці й ефективності боротьби з епідемією туберкульозу в Україні.

Важливим фактором якісної підготовки студентів є вміння викладачів поєднати практичні навички з рентгенопатоморфологічними і клінічними проявами хвороби. В умовах туберкульозної клініки, як і інших медичних закладів, на сучасному етапі діє наказ МОЗ України про інфекційний контроль [1], відповідно до якого всі, хто працює з хворим на туберкульоз, мають бути забезпечені респіратором і спецодягом. ВДНЗ «УМСА» цього не може забезпечити. Тому, враховуючи «інфекційний контроль» і зважаючи на те, що в основі клінічної класифікації туберкульозу лежить його рентгенологічна характеристика, яка визначає його діагностику, нами було взято х-променеву картину туберкульозу легеневої локалізації за опорний пункт тематичного проведення заняття.

Близько 50 років тому відомий педагог В. Ф. Шаталов запропонував метод навчання школярів – створення «опорного конспекту» з дисципліни [4]. Метод був запропонований для навчання в малих групах (класах). Суть методу полягає в тому, що навчання проводиться на основі розробленого на рік конспекту, матеріали якого прив'язані до одної теми і мають логічну послідовність у викладенні дисципліни. Це давало змогу кожному учню протягом року так вивчити матеріал, щоб знати його, розуміти і вміти застосувати. Опорний конспект, опорний сигнал або опорний пункт – це лаконічно сформульований базовий момент дисципліни, який характеризується логічним зв'язком із нею, підкріплюється асоціаціями, відокремлений від інших блоків і може бути посилений образністю чи кольором. У фтизіатрії таким базовим опорним елементом дисципліни є х-променева картина туберкульозу легеневої локалізації – рентгенограма, яка повністю відповідає поняттю і вимогам до опорного пункту (рис. 1).

Перш за все рентгенологічна картина лежить у основі й вітчизняної, і зарубіжних клінічних класифікацій туберкульозу, об'єднує всі клінічні форми туберкульозу, є базовим елементом у діагностиці туберкульозу, характеризується логічним зв'язком між поширеністю змін у легенях і тяжкістю клінічного перебігу хвороби, підкріплюється асоціативним зв'язком рентген-морфологічних змін і загальними проявами інтоксикаційного симптомокомплексу та бронхо-легеневого синдрому, а також чітко відокремлена від клінічного, лабораторного, бактеріологічного, імунологічного, молекулярно-генетичного і морфологічного діагностичних блоків. Крім того, це – базова практична навичка в діагностиці туберкульозу легень.



Рис. 1. Схема логічної послідовності розбору рентгенограми й інших навчальних блоків із фтизіатрії

Отже, обізнаність із х-променевими проявами туберкульозу, їхньою характеристикою, розуміння змін властивостей вогнищевих, інфільтративних і кільцеподібних тіньових утворів у легенях у динаміці лікування, вміння інтерпретувати їх у логічному зв'язку з фоновими змінами в х-променевої картині в поєднанні з динамікою клінічних, лабораторних і бактеріологічних змін визначають рівень підготовки і можливість кваліфікованого застосування цих знань і вмінь у професійній роботі майбутніх лікарів.

Застосування методу «опорного пункту» позбавляє навчальний процес абстрактності, а поняття туберкульозу набуває конкретної візуальної форми у вигляді х-променевої картини патологічного процесу. Знання характерних рентгенологічних проявів туберкульозу, розуміння їхніх анатомо-морфологічних особливостей у логічному зв'язку з клінічними проявами хвороби забезпечує вміння майбутніх фахівців застосовувати знання на практиці, що і є провідною метою будь-якого якісного навчального процесу – знати, розуміти і застосовувати.

Але досвід засвідчує, що не менш важливим елементом якісної підготовки спеціаліста є сам студент, його мотивація. Фтизіатр – не престижна професія. Тому важливим елементом мотивації до вивчення фтизіатрії ми обрали задачі «Кроку-2». Для цього з бази тестових завдань «Крок-2» і з буклетів за останні 10 років було вибрано всі задачі, в яких є слово «туберкульоз». По суті, це диференційована діагностика туберкульозу. Із дібраних тестів було сформовано 4 розділи за темами занять; розв'язання тестів пропонувалося студентам для домашньої роботи. На основі цих задач складено завдання для підсумкового модульного контролю знань, що також стало мотиваційним моментом для покращення підготовки студентів із фтизіатрії. Протягом циклу на заняттях ми проводимо аналіз задач, клінічну, лабораторну, бактеріологічну, х-променеву і туберкулінову диференційовану діагностику туберкульозу не тільки легеневої, а і позалегеневої локалізації – туберкульозу нирок і сечостатевої системи чоловіків і жінок, абдомінального, кістково-суглобового, внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів, шкіри, стоматологічної локалізації та інших форм туберкульозу і його ускладнень, що дає змогу значно розширити і поглибити знання про туберкульоз у випускників ВДНЗ «УМСА».

Результати підсумкового модульного контролю показують, що такий підхід до організації навчального процесу суттєво покращує якість знань студентів із фтизіатрії.

#### Список використаних джерел

1. Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях до-вгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз : наказ МОЗ України від 18.08.2010 р. № 684. – К., 2010. – 40 с.
2. Феценко Ю.І. Амбулаторне лікування хворих на туберкульоз : «за» та «проти» / Ю.І. Феценко, Н.А. Литвиненко, М.В. По-гребна // Український пульмонологічний журнал. – 2017. – № 2. – С. 5–10.
3. Феценко Ю.І. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні / Ю.І. Феценко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – № 3. – С. 5–10.
4. Шаталов В.Ф. Точка опори. Об экспериментальной точке преподавания // В.Ф. Шаталов. – М. : Педагогика, 1987. – 158 с.